

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

La información anotada en este formulario se usará como documento para autorizar recibo de vacuna(s). La información puede compartirse, a través del registro de Wisconsin (WIR) con otros centros de salud que atiendan al paciente para asegurar que esté completo su programa de vacunas. La información anotada en este formulario es voluntaria y el Número de Seguro Social lo usará el padre(madre) o guardián para tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin.

NÚMERO DE EXPEDIENTE

Apellido, Nombre, Inicial del paciente		Apellido y nombre de soltera de la madre	
Dirección		P. O. Box	
Ciudad	Condado	Estado	Código
Dirección Email (si tiene)	Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Extensión
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (marque una) <input type="checkbox"/> Africano-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Otra		Origen étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispanio <input type="checkbox"/> No Hispanio	

Elegibilidad (Marque todo lo que aplique) Indio americano Badger Care Asegurado, cubre vacunas
Debe completar esta sección Elegible para Medicaid Sin seguro médico Asegurado, no cubre vacunas

Nombre del médico	Nombre de Asegurador	Escuela o guardería (si corresponde)
Apellido, Nombre, Inicial del padre(madre) o guardián responsable del paciente		Relación con el paciente
¿Acepta compartir información vacunas con WIR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Permite llamado o recordatorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se envía recordatorio o llamado a usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

He recibido una copia y la leí o me explicaron la información de las enfermedades y vacunas que se darán. Tuve oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y pido que me pongan las vacunas a mí o a la persona nombrada arriba por quien tengo autorización de pedir las. **Wisconsin Medicaid restringe enviar cuentas a los beneficiarios que tienen servicios cubiertos.** Yo entiendo que si recibo Medicaid/BadgerCare, no me pueden cobrar por poner vacunas o pedir donación para poner las vacunas proporcionadas.

FIRMA – Persona que recibe la vacuna o persona autorizada para firmar a nombre del paciente. X	Fecha de firma
--	----------------

PARA USO DE OFICINA

Vacuna	Ruta	Lugar administ*	No. Dosis	Fabricante	Número lote	Fecha Forma CDC
DTaP/DT	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			07/30/01
Hep B	IM	RV LV RD LD	1 2 3			07/11/01
Hib	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			12/16/98
Hib-Hep B combinadas	IM	RV LV RD LD	1 2 3			Use la fecha de Hib y Hep B
MMR	SQ	RV LV RD LD	1 2			01/15/03
Polio	IM or SQ	RV LV RD LD	1 2 3 4			01/01/00
Td	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5 6			6/10/94
Varicela	SQ	RV LV RD LD	1 2			12/16/98
Conjugados de Neumococos (PCV7)	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			09/30/02
DTaP-Hep B-IPV Combinadas	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			Use la fecha de DTaP, Hep B y Polio
Influenza	IM	RV LV RD LD	1 2			Use el VIS mas corriente
Other		RV LV RD LD				

*RV=Vastus lateral derecho, LV= Vastus lateral izquierdo, RD= Deltoides derecho, LD= Deltoides izquierdo inyecciones subcutáneas se administran en el "área" muscular.

FIRMA Y TÍTULO – Persona que administra la vacuna X	Fecha de administración de vacuna
---	-----------------------------------

Dirección - Clínica, Departamento de Salud Pública